

Article original

# Enfants avec troubles de l'identité sexuée : y-a-t-il une pratique la meilleure ?<sup>☆</sup>

## Children with gender identity disorder: Is there a best practice?

K.J. Zucker

*Gender Identity Service, Child, Youth, and Family Program, Centre for Addiction and Mental Health, 250,  
College Street, Toronto, M5T 1R8 Ontario, Canada*

### Résumé

Presque 50 ans d'observation clinique et de recherche sur les enfants avec troubles de l'identité de genre ont fourni une information utile sur la phénoménologie, le diagnostic et les procédures d'évaluation, la psychopathologie associée, les tests des hypothèses étiologiques et l'histoire naturelle. Par contraste, les lignes de conduite pour la meilleure pratique et les thérapies basées sur des faits prouvés sont largement en retard sur ces autres domaines. En conséquence, le thérapeute doit s'appuyer sur la « sagesse clinique » qui a été accumulée, et utiliser des modèles conceptuels non testés pour formuler les approches thérapeutiques et les décisions. À cause de cet état de choses, on doit éviter des assertions dogmatiques sur la meilleure pratique.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

Almost 50 years of clinical observation and research on children with gender identity disorders have provided useful information on phenomenology, diagnostic and assessment procedures, associated psychopathology, tests of etiological hypotheses, and natural history. In contrast, the best practice guidelines and evidence-based therapeutics have lagged sorely behind these other domains. Accordingly, the therapist must rely on the “clinical wisdom” that has accumulated and to utilize largely untested case formulation conceptual models to inform treatment approaches and decisions. Because of this state of affairs, dogmatic assertions about the best practice should be avoided.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Troubles de l'identité de genre ; Enfants ; Traitement ; Meilleure pratique ; Thérapies reposant sur des faits prouvés

**Keywords:** Gender identity disorders; Children; Treatment; Best practice; Evidence-based therapeutics

Pour diverses raisons, je pense qu'il est opportun de se centrer sur la thérapeutique. Nous approchons du cinquantième anniversaire du texte qui fit école, publié en 1960 par Green et Money, sur les jeunes enfants avec problèmes d'identité de genre (GID) [1]. Depuis on a considérablement avancé, sur plusieurs fronts, dans la compréhension de ces jeunes. Nous avons beaucoup appris sur la phénoménologie, l'évaluation et le diagnostic, l'identification des traits associés (e.g. les problèmes comportementaux comorbides les plus courants), l'exploration des hypothèses étiologiques et le suivi à long terme [2–6].

Parce qu'il n'y a pas pléthore de cliniciens chercheurs dans ce domaine, on a avancé lentement à partir des efforts persistants de quelques investigateurs.

En ce qui concerne la thérapeutique, une perspective développementale comparative sur le *gender identity disorder* (GID) est essentielle. À mon avis, le constat le plus général qui puisse être fait est que les espoirs de changement thérapeutique se restreignent considérablement avec le cours de la vie. À l'âge adulte, la preuve est suffisamment faite que les interventions thérapeutiques n'ont guère de succès. Bien que les GID croissent et décroissent [7], il y a peu de preuve directe que cette fluctuation résulte de techniques ou d'interventions psychothérapeutiques spécifiques. Très peu d'adultes avec GID, comme Chiland l'a noté [8], témoignent d'un intérêt pour la psychothérapie. Les faits

DOI de l'article original : [10.1016/j.neurenf.2008.06.003](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003).

<sup>☆</sup> Traduit de l'anglais par Colette Chiland ([cchiland@orange.fr](mailto:cchiland@orange.fr)).

Adresse e-mail : [cchiland@orange.fr](mailto:cchiland@orange.fr).

empiriques à l'âge adulte suggèrent que la dysphorie de genre est mieux traitée par les interventions hormonales et chirurgicales, particulièrement chez les patients soigneusement évalués. Le tableau à l'adolescence ne diffère guère de celui des adultes. À mon avis, de nombreux adolescents avec GID ne sont pas des candidats particulièrement bons pour la psychothérapie et il n'y a pas grand-chose dans les données de recherche, ou même l'expérience clinique, montrant que les techniques ou les interventions psychothérapeutiques soient particulièrement efficaces [9], bien que, de nouveau, la dysphorie de genre puisse croître et décroître. Cohen-Kettenis et al., aux Pays-Bas, ont certainement fourni quelques jolis faits empiriques prouvés qui montrent que les interventions hormonales et chirurgicales peuvent être la manière la plus efficace de résoudre la dysphorie de genre chez des patients adolescents soigneusement choisis [10–12].

À mon avis, le tableau change radicalement quand il s'agit d'enfants avec GID. C'est mon impression clinique que beaucoup de ces jeunes et leurs familles répondent aux interventions psychothérapeutiques qui se montrent tout à fait efficaces. Bien que je n'aie pas de doute que les changements observés chez ces jeunes puissent, en partie, être attribués à une « rémission spontanée », si j'ose dire, je crois que la situation est plus complexe. En d'autres termes, je crois que la thérapie peut agir sur les jeunes enfants avec GID.

Mais nous sommes confrontés à un problème sérieux. Bien qu'il y ait une littérature raisonnablement importante sur les approches thérapeutiques (thérapie comportementale, psychothérapie et psychanalyse, conseil aux parents, thérapie de groupe, etc.), on est dégrisé en parcourant la littérature sur le traitement : il n'y a pas un seul test de traitement contrôlé randomisé pour les enfants avec GID [13]. À l'ère de la meilleure pratique et de la thérapie basée sur des faits prouvés, cela signifie que le plus haut standard de preuve (niveau I : « preuve obtenue à partir d'au moins un test contrôle randomisé correctement conçu ») n'a pas été atteint. Bien qu'il y ait eu quelques études de l'efficacité des traitements, qui pourraient être qualifiées de standards de niveau II (preuve obtenue à partir d'études analytiques d'une cohorte bien constituée ou de cas-témoins), ces investigations sont insuffisantes (Zucker [13–16]). Pour le dire franchement, il y a un grand trou noir empirique dans la littérature sur le traitement des enfants avec GID. Il en résulte que le thérapeute doit s'appuyer sur la « sagesse clinique » accumulée dans la littérature rapportant des cas et les fondements conceptuels des différentes approches d'intervention. La sagesse clinique putative est au niveau III (opinions d'autorités respectées, basées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapport de comités d'experts). Bien sûr, ici, la sagesse d'une personne sera jugée « ignorance » par une autre.

## 1. La formulation des cas

En l'absence de lignes de conduite de « la meilleure pratique », la mise en forme des cas, c'est-à-dire le modèle conceptuel sous-jacent du clinicien, organisera l'approche thérapeutique. En réfléchissant sur les cas, plusieurs facteurs peuvent être pris en considération.

### 1.1. Les influences biologiques

Quelques parents d'enfants avec GID (et des thérapeutes) peuvent être caractérisés comme des « essentialistes biologiques ». Ils soutiennent que leur enfant est « né comme ça ». Il y a quelques années, on fit de la publicité aux États-Unis dans les mass media autour d'un cas très intéressant, qui illustre ce point [17]. Les parents d'un garçon de six ans avec GID, vivant dans l'état d'Ohio, tentèrent d'inscrire à l'école leur fils, dont le nom de naissance était Zachary, en tant que fille sous le nom d'Aurora. Quelqu'un à l'école apparemment s'en inquiéta et signala l'enfant aux autorités de l'aide à l'enfance, qui prirent alors soin de l'enfant. Les rapports des médias indiquent que les parents avaient eu divers soucis au sujet de leur enfant, et pas seulement dans le domaine de l'identité de genre ; les parents avaient eu eux-mêmes nombre de difficultés psychiatriques et le père révéla à un reporter qu'il avait désiré lui-même une opération de changement de sexe, etc. D'après les comptes rendus des médias, les parents étaient d'avis que leur enfant était né comme ça et qu'ils agissaient simplement dans le meilleur intérêt de l'enfant en facilitant la transformation qui refléterait sa « vraie nature ».

Depuis que l'histoire d'« Aurora » a été publiée, en 2000, il y a eu une avalanche d'articles dans les médias et d'essais cliniques au sujet de parents et de cliniciens qui ont pris une position très différente des approches plus « traditionnelles » de traitement pour les GID des enfants [18–25]. L'approche alternative est caractérisée comme « affirmant le genre » ; le diagnostic de GID est farouchement refusé et, à sa place, des termes comme « variante de genre » ou « transgenre » ont été utilisés ; l'approche thérapeutique est de « soutenir » l'enfant dans sa transition pour vivre dans le sexe opposé. La nouveauté de cette perspective est que quelques parents et thérapeutes adoptent cette attitude avec les enfants d'âge préscolaire ou entrant juste à l'école, ce qui est tout à fait différent de soutenir la transition d'adolescents qui paraissent « enfermés » dans une identité de l'autre genre. On a attiré l'attention sur ces enfants et leurs parents dans des émissions de télévision très regardées aux États-Unis, y compris le Oprah Winfrey Show (12 mai 2004) et ABC's 20/20 (27 avril 2007). Un nouveau site Internet initié par des parents (TransKids Purple Rainbow Foundation ; <http://www.transkidspurplerainbow.org/>) a été créé pour les familles optant pour cette approche thérapeutique.

Il y a quelques années, en 1999, Pleak a développé un argument cohérent avec le paradigme essentialiste. Il dit que « tenter de changer l'identité de genre des enfants (dans le but de réduire l'ostracisme social) semble éthiquement aussi répugnant que de blanchir la peau des enfants noirs pour améliorer leur vie sociale parmi les enfants blancs » ([26], p. 14).

C'est un argument intéressant, mais je crois qu'il y a de nombreux problèmes dans cette analyse. Je ne connais aucun clinicien contemporain qui préconiserait le blanchiment d'un enfant (ou d'un adulte) noir qui le demanderait. En fait, il existe une littérature clinique et sociologique qui envisage le contexte culturel du « syndrome de blanchiment » vis-à-vis du racisme et des préjugés. De manière intéressante, il existe une littérature clinique plus ancienne sur les enfants noirs qui veulent être blancs, (Brody, [27]), ce qui pourrait être nommé « trouble de l'identité

ethnique », et il y a, à mon avis, clairement un parallèle avec le GID. L'analyse de Brody le conduisait à conclure que l'étiologie proximale était dans l'« endoctrinement délibéré, mais involontaire » par la mère du conflit d'identité raciale chez son fils à cause de ses expériences personnelles négatives en tant que personne noire. On peut présumer que le traitement ne serait pas d'endosser le désir de l'enfant noir d'être blanc, mais plutôt de traiter les facteurs sous-jacents qui ont conduit l'enfant à croire que sa vie serait meilleure en tant que personne blanche. La littérature sur l'identité ethnique conduit à une question fondamentale sur les causes psychosociales du GID. Exactement comme Brody s'intéressait à comprendre les facteurs psychologiques, sociaux et culturels qui conduisaient ses patients enfants noirs à désirer être blancs, on peut, selon les mêmes lignes, chercher à comprendre les facteurs psychologiques, sociaux et culturels qui conduisent des garçons à désirer être des filles et des filles à désirer être des garçons. Bien des cliniciens contemporains ont soutenu que le GID chez les enfants est le résultat, au moins en partie, de mécanismes psychodynamiques et psychosociaux, qui conduisent à une solution imaginaire analogue : devenir un membre de l'autre sexe pourrait en quelque sorte résoudre des détresses internalisées [28–30]. Je soutiendrai donc qu'il est aussi légitime de souhaiter rendre leur identité de genre confortable à des jeunes (de la faire correspondre à la réalité de leur sexe biologique) que de rendre leur identité ethnique confortable à des jeunes (de la faire correspondre à la réalité physique de la couleur de leur peau) (pour plus de détails, voir mon texte [31]).

La perspective essentialiste biologique adoptée par quelques parents crée donc une énigme thérapeutique intéressante et qui nous met au défi, parce que, en un mot, elle nous lie les mains. Voici comment je pense en sortir. Le modèle que je soutiens est de regarder la différenciation psychosexuelle et ses troubles comme multifactoriels, ce qui inclut les influences biologiques. Et, de fait, au cours des années, j'ai certainement essayé de faire des recherches qui identifient ce que les mécanismes biologiques spécifiques pourraient être [32]. La perspective clinique que j'adopte cependant est que les facteurs biologiques fonctionnent comme une prédisposition plutôt que comme une influence fixée. En d'autres termes, pour beaucoup de jeunes, les facteurs biologiques peuvent prédisposer au développement d'un GID, mais, que beaucoup de jeunes avec un GID puissent sortir de leur malheur implique une malléabilité de la différenciation de l'identité de genre. C'est cette perspective que j'essaie de partager avec les parents. Cette approche, toutefois, est en désaccord avec la perspective essentialiste biologique, à la fois philosophiquement et empiriquement.

### 1.2. L'âge à l'évaluation

Je crois que, tout étant constant par ailleurs, l'âge auquel la thérapie commence est une variable importante. Ici, l'idée est qu'il y a une plus grande plasticité et opportunité pour le changement chez les enfants jeunes que chez les enfants âgés. Nous voyons ce rétrécissement de la plasticité et de la malléabilité chez les adolescents qui se présentent avec des préoccupations quant à leur identité de genre, comme je l'ai dit plus haut. Nous savons qu'il se produit beaucoup de choses

dans le développement du genre à l'âge des premiers pas et pendant les années préscolaires, et certains sont allés jusqu'à suggérer que cette période du développement est quasiment une période sensible pour la formation de l'identité de genre.

### 1.3. Psychopathologie chez les parents

De même que pour bien d'autres psychopathologies de l'enfance, la gravité de la psychopathologie ou du handicap psychiatrique des parents est un facteur de risque pour la thérapie. Nous avons donc été particulièrement attentifs au cours des années à évaluer le fonctionnement des parents et nous avons un grand nombre de données empiriques à cet égard. Par exemple, en utilisant le *diagnostic interview schedule* (DIS), une méthode hautement structurée pour évaluer la psychopathologie des adultes (inventée à l'origine dans des buts épidémiologiques), j'ai trouvé que quelque 50 % des mères de garçons avec GID avaient deux diagnostics DIS ou plus, et quelque 25 %, trois diagnostics DIS ou plus. Il y a une forte corrélation entre une mesure composite de la psychopathologie maternelle et une mesure générale de la psychopathologie de l'enfant [33].

### 1.4. Psychopathologie de l'enfant

J'ai aussi été attentif au problème de la comorbidité chez l'enfant, c'est-à-dire à la présence d'autres problèmes comportementaux ou de diagnostics DSM. Comme je l'ai rapporté ailleurs [6,34], nous avons trouvé que, en moyenne, les enfants avec GID ont autant de problèmes généraux de comportement qu'un échantillon démographiquement apparié de cas-témoins cliniques [35]. Environ 10 % des jeunes que nous voyons à notre consultation ont des difficultés comportementales générales si sérieuses qu'elles requièrent un dispositif de traitement de jour ou une classe spéciale à l'école. Ces autres difficultés, quand elles sont présentes, doivent clairement être prises en considération pour développer un plan d'ensemble pour le traitement.

### 1.5. Relations d'attachement entre l'enfant et les parents

Parce que les signes de GID apparaissent si tôt dans le développement, j'ai été depuis longtemps frappé par l'importance de penser leur genèse dans le contexte des relations d'attachement précoces. Un aspect de ma recherche clinique au cours des 15 dernières années a été d'essayer de regarder la qualité de l'attachement de l'enfant à ses parents. Une de mes étudiantes, Birkenfeld-Adams, a montré, en 1999, [36] que 75 % environ des jeunes garçons avec GID avaient une relation d'attachement insécure à la mère. Des données non publiées suggèrent qu'un pourcentage similaire de filles avec GID ont aussi une relation d'attachement insécure à la mère.

### 1.6. Réaction parentale au comportement précoce de l'autre genre

Il y a plus de 30 ans, Green ([37], p. 238) écrivait au sujet des garçons avec GID : « ce qui s'approche le plus d'être

une variable “nécessaire” est que, lorsqu’un comportement féminin quel qu’il soit commence à se manifester, le principal donneur de soins de l’enfant ne décourage “aucunement” ce comportement ». Au cours des années, nos propres observations cliniques, aussi bien que celles des autres, s’accordent parfaitement avec l’observation de Green [38]. À mon avis, la tolérance parentale précoce ou le renforcement du comportement de l’autre genre a été la règle et non l’exception. Comprendre les raisons sous-jacentes à cette réaction parentale précoce requiert une exploration clinique détaillée, car elles paraissent être de « motivations » très diverses.

## 2. Les facettes de l’intervention thérapeutique

Il y a trois composantes à notre approche thérapeutique :

- le traitement du GID dans l’« environnement naturel » ;
- le traitement des parents ;
- le traitement de l’enfant.

### 2.1. Le traitement dans l’environnement naturel

Par traitement dans l’environnement naturel, je me réfère à ce que les parents peuvent faire pour faciliter le changement thérapeutique dans l’environnement quotidien de l’enfant. Si nous les décomposons, de telles interventions peuvent inclure les parties suivantes :

- promouvoir des relations avec des pairs de même sexe ;
- encourager des activités typiques du genre de l’enfant ou « neutres » ;
- mettre des limites aux comportements de l’autre genre.

Voici quelles sont mes raisons pour de telles interventions.

En premier lieu, la plupart des enfants avec GID préfèrent jouer avec des membres du sexe opposé. Ils ont souvent de piètres relations avec les pairs du même sexe. Les raisons en sont très diverses et les efforts pour comprendre les facteurs qui y contribuent sont importants. Mon impression clinique est que l’amélioration des relations avec les pairs du même sexe, quand elle se produit, joue un rôle catalyseur très important pour aider un jeune enfant avec GID à se sentir plus confortable d’être un garçon ou une fille (cf. Meyer-Bahlburg [39]). Parfois on entendra des parents dire que, lorsque l’enfant était très jeune, en raison des circonstances, il avait eu principalement des relations avec des enfants du sexe opposé (par exemple, dans des arrangements de garde à la maison). Il paraissait résulter un confort plus grand dans l’affiliation avec des pairs du sexe opposé et l’émulation d’intérêts stéréotypés de l’autre genre. Dans d’autres exemples, on a l’impression d’une compatibilité comportementale plus grande. Beaucoup de garçons avec GID, par exemple, sont très anxieux de chahuter et évitent ce genre de jeu [30]. De tels garçons rapporteront donc qu’ils se sentent plus en sécurité et moins menacés en compagnie de filles qui, en moyenne, sont moins attirées par ce style de comportement dans le jeu. On note aussi, chez quelques mères, particulièrement celles qui ont eu des expériences de vie négatives avec des

hommes (abus sexuel, viol), une grande anxiété à encourager un tel jeu chez leurs fils, confondant l’agression en imagination et l’agression dans le réel. Par conséquent, ces mères souvent découragent tout signe de chahut chez leurs fils. Puis, il y a le problème d’une erreur d’étiquetage précoce chez quelques enfants avec GID [40] ; par exemple, si un jeune garçon en fait se désigne comme fille, il s’ajuste en tant que fille aux autres et les relations avec les pairs sont organisées autour de ce paramètre. Au milieu de l’enfance, se produit le cas d’enfants avec GID qui commencent à être maltraités par les autres enfants, en particulier les pairs de même sexe, et ils sont objet d’ostracisme pour leur comportement de l’autre genre [34]. Cette dynamique du groupe des pairs perpétue l’affiliation aux pairs de l’autre genre, même si parfois elle devient problématique quand les filles excluent le garçon de leur monde social ou les garçons excluent la fille de leur monde social. Quand on travaille avec des enfants plus âgés ou des adolescents GID, les relations douloureuses avec le groupe des pairs sont souvent évoquées avec une grande et intense émotion. En visant à améliorer les relations d’un enfant avec les pairs de même sexe, mon impression est qu’on contribue largement à aider l’enfant à réaliser qu’il y a en fait bien des manières d’être un garçon et bien des manières d’être une fille.

Deuxièmement, dans mon travail thérapeutique avec les parents, j’ai essentiellement une double approche. L’une est d’encourager certains comportements ou interactions, comme il vient d’être décrit à propos des relations avec le groupe des pairs. L’autre implique de mettre des limites aux comportements de l’autre genre.

Dans mon expérience, certains aspects techniques des limites à mettre sont souvent mal compris. Il faut prendre en considération des questions conceptuelles et contextuelles. Une erreur courante de certains cliniciens est de recommander simplement aux parents qu’ils imposent des limites au comportement de l’autre genre de leur enfant sans prêter attention au contexte. Cette sorte d’approche autoritaire est susceptible d’échouer, tout comme pour n’importe quel comportement, puisqu’elle ne prend pas en compte les facteurs systémiques qui alimentent le symptôme. Au minimum, est requise une approche psycho-éducative, mais, dans de nombreux cas, il faut mettre des limites dans le contexte d’un plan de traitement plus global. D’un point de vue psycho-éducatif, la raison pour mettre des limites est que, si les parents autorisent leur enfant à continuer de s’engager dans un comportement de l’autre genre, le GID est en fait toléré, si ce n’est renforcé. Ainsi, une telle approche contribue à perpétuer la condition. Une autre raison pour mettre des limites est que c’est, en effet, un effort pour modifier le GID à partir de l’extérieur vers le dedans, tandis que la thérapie individuelle de l’enfant peut explorer du dedans vers le dehors les facteurs qui ont contribué au GID. En même temps qu’ils tentent de mettre des limites, les parents ont aussi besoin d’aider leur enfant avec des activités alternatives qui pourraient faciliter une identification plus confortable au même genre. Comme il a déjà été noté, un encouragement aux relations avec le groupe des pairs du même sexe peut être une part importante de telles alternatives.

Un autre aspect contextuel important de la mise de limites est d’explorer avec les parents leur encouragement initial ou leur tolérance du comportement de l’autre genre. Certains parents

tolèrent le comportement au début parce qu'on leur a dit ou qu'ils ont cru d'eux-mêmes que c'est « seulement une phase » dont leur enfant va sortir en grandissant ou bien que « tous les enfants » s'engagent dans un tel comportement. De tels parents deviennent soucieux pour leur enfant seulement quand ils commencent à reconnaître que ce n'est pas seulement une phase. Pour d'autres parents, la tolérance ou l'encouragement du comportement de l'autre sexe peut être lié à des facteurs systémiques ou dynamiques. Dans ces situations cliniques plus complexes, on doit s'occuper des questions sous-jacentes et les élaborer. Autrement, il est tout à fait probable que les parents ne seront pas confortables en changeant leur position.

### **Vignette 1**

Shawn avait sept ans avec un QI de 115. Il vivait avec ses parents de la classe moyenne et une sœur aînée. Depuis l'âge de trois ans, Shawn était engagé dans tous les comportements qui constituent le diagnostic de GID. La mère de Shawn avait des entretiens réguliers avec son pédiatre qui la rassurait : les comportements de Shawn étaient normaux pour un garçon « jusqu'à » l'âge de six ou sept ans. Avant de nous être adressé, Shawn se travestissait avec des vêtements de l'autre sexe ; quand sa mère lui en parlait, les larmes lui venaient aux yeux et il disait : « Maman, je ne peux pas me défaire du désir d'être une fille ». En dehors du GID, Shawn avait une labilité émotionnelle et était sujet à des crises de colère quand on ne le laissait pas faire ce qu'il voulait. Les parents de Shawn avaient une relation maritale intime et fonctionnaient généralement bien. Le seul domaine clair de désaccord dans leur relation concernait le comportement de l'autre genre de Shawn. En général, le père s'en remettait à la mère pour ce qui concernait les problèmes parentaux. La mère de Shawn ne savait pas si mettre des limites était une approche appropriée à prendre avec son fils et l'avis du pédiatre la rassurait : son comportement était « seulement une phase ». Pendant l'évaluation, il devint apparent que le père de Shawn « bouillait » depuis des années devant la tolérance de sa femme et son encouragement du comportement de l'autre sexe. Les parents étaient dans l'impasse sur cette question et la mère achetait subrepticement des poupées pour Shawn. L'accroissement de la détresse éprouvée par Shawn et l'accroissement récent de l'ostracisme social conduisirent la mère à repenser sa position. L'observation clinique indiquait que Shawn était en harmonie avec la position de sa mère sur des sujets variés. Une fois qu'elle commença à verbaliser à Shawn qu'elle désirait le sentir plus heureux d'être un garçon,

il cessa plutôt facilement de se travestir avec les vêtements de sa mère, cessa de jouer avec les poupées Barbie et, avec le soutien parental, il commença à développer des amitiés intimes avec d'autres garçons. Avec le changement dans le système familial, Shawn et son père furent capables de développer des intérêts partagés et commencèrent à passer beaucoup plus de temps ensemble, ce dont ils eurent tous les deux un plaisir immense.

Troisièmement, à mon avis, le contexte plus large dans lequel ces interventions devraient prendre place pourrait être décrit comme des « dialogues sur le genre » entre les parents et l'enfant. Certains parents sont très anxieux de mettre le problème sur la table pour ainsi dire. Le cadrage que je suggère est qu'il est important pour les parents d'être ouverts avec leur enfant en ce qui concerne les questions qu'ils travaillent. J'encourage les parents à essayer d'être candides d'une manière appropriée au niveau de développement de l'enfant, de cadrer le problème : l'enfant est-il dans la confusion au sujet de lui-même en tant que garçon ou fille, l'enfant se sent-il malheureux de son genre, etc. Ce cadrage permet à l'enfant d'avoir quelque compréhension du changement de position de ses parents et de réaliser que le problème est travaillé par ses parents aussi.

### *2.2. Le traitement des parents*

Dans mon travail thérapeutique avec certains parents, nous passons beaucoup de temps à discuter les interventions quotidiennes. En règle générale, nous suggérons que les séances soient hebdomadaires, particulièrement au début du traitement. Le travail se centre sur les faits précis que les parents apportent aux séances. Pour certains parents, qui n'ont pas d'ambivalence ou de réserve à l'égard de l'institution d'un changement, moins d'attention aux faits précis des interventions est nécessaire. Pour d'autres parents, toutefois, pour qui les difficultés d'identité de genre de l'enfant sont incrustées dans une grande ambivalence, les séances peuvent être centrées sur l'exploration de la dynamique sous-jacente. Souvent, ce qui en est la trame est la complexité plus large du système familial, la relation des parents et les problèmes individuels de chaque parent. Dans ce cas, le travail thérapeutique est beaucoup plus complexe, ambitieux et à long terme.

### *2.3. Traitement de l'enfant*

À ma consultation, nous voyons les enfants en thérapie une ou deux fois par semaine. L'approche thérapeutique générale est celle d'une psychothérapie ouverte, à partir de la formulation du cas ; on essaie de comprendre comment l'enfant vit son identité de genre, ce qui « fait sens », etc. Au contraire de l'environnement naturel, dans lequel nous adoptons une approche plus structurée et mettons des limites, l'environnement thérapeutique est plus ouvert et le comportement de l'autre genre s'y exprime souvent. La clé, pourtant, est d'explorer en douceur



**Vignette 2**

Harry était un garçon de quatre ans avec un QI de 121. Il avait un frère aîné et vivait avec ses parents, qui appartenaient à la classe moyenne inférieure. Au moment de l'évaluation, les parents étaient sur le point de se séparer. Pendant la vie de Harry, la relation de ses parents s'était détériorée ; c'était le résultat de nombreux problèmes, y compris une affaire du côté du père, de multiple désaccords sur le style de vie et les problèmes de parentage, et la détérioration de l'état psychiatrique de la mère, qui avait requis une hospitalisation après une tentative de suicide quand Harry avait environ 18 mois. Harry avait montré des signes de comportement de l'autre genre depuis l'âge de deux ans, comprenant un travestissement effréné et le désir verbalisé de devenir une fille. Sa mère exprimait une ambivalence marquée quant au traitement du GID de Harry : « C'est comme ça qu'il est... si je lui dis de ne pas le faire, je détruirai son essence de base ». L'exploration de la vie de la mère révéla de nombreuses raisons pour son ambivalence à l'égard des hommes et de la masculinité. Elle avait grandi dans une famille où son père était largement absent, elle avait été violée par un gang à l'âge de 13 ans (à la suite de quoi elle avait développé un trouble sévère de l'alimentation), et dans sa relation à son mari elle avait éprouvé une répulsion croissante à l'égard de l'intimité sexuelle. Pour la mère de Harry, l'agression dans l'imaginaire (par exemple, le jeu avec des épées ou des pistolets à eau) était l'équivalent d'une agression réelle et elle s'inquiétait de ce que, si un tel comportement était encouragé chez Harry, il ne devienne un violeur. À côté de son ambivalence à l'égard de la masculinité, elle avait plaisir au « côté féminin » de Harry : il lui brossait souvent les cheveux et lui apportait son thé quand elle était déprimée et alitée. Ainsi, il y avait des preuves suggestives que Harry prenait soin de sa mère ; dans l'esprit de sa mère, il y avait le risque de perdre Harry s'il devenait plus autonome à son égard, ce qui équivalait à devenir plus masculin.

avec l'enfant la signification de son comportement de l'autre genre, qui est souvent lié à la « solution fantasmée » que devenir un membre du sexe opposé conduira en quelque sorte l'enfant à se sentir plus heureux et plus valorisé.

Dans la thérapie individuelle, on aborde diverses questions : la confusion cognitive du genre, les schèmes rigides de genre, l'idéalisation du sexe opposé et la dévalorisation de son propre sexe, l'angoisse dans la relation aux pairs de même sexe, les connexions entre l'angoisse de séparation et le genre, les représentations des parents et les déclencheurs qui alimentent le comportement de l'autre genre.

**Vignette 3**

Heidi était une fille de cinq ans avec un QI de 100. Elle vivait avec ses parents de la classe ouvrière. Sa mère rapporta une histoire complexe d'abus sexuel intrafamilial. Elle croyait que l'abus sexuel était extensif dans sa famille d'origine, impliquant beaucoup de parents au premier et au second degré. À mon avis, une partie du récit de la mère sur les abus sexuels était dans la ligne des souvenirs retrouvés activés au cours d'une psychothérapie individuelle. La mère de Heidi souffrait de problèmes de santé débilissants, qui avaient entraîné de multiples interventions chirurgicales (dont certaines n'étaient vraisemblablement pas nécessaires) et un repos au lit, et répondait aux critères de plusieurs diagnostics psychiatriques, dont un trouble dysthymique et un trouble de personnalité *borderline*. Quand Heidi eut deux ans, sa mère se mit à développer la conviction que Heidi avait été molestée par le grand-père maternel. Il n'y avait pas de preuve physique de trauma des organes génitaux et Heidi nia que son grand-père l'ait jamais touchée : « Ma maman ne cesse de dire qu'il m'a fait quelque chose, mais il ne m'a rien fait. Je continue de le lui dire, mais elle ne me croit pas ». Bien que la mère ait consulté divers professionnels à ce sujet, l'abus n'avait pas été attesté. Tandis que la mère racontait à Heidi combien la situation était dangereuse, son comportement se transforma graduellement : elle refusa de porter des vêtements féminins, demanda avec insistance que ses cheveux soient coupés courts comme ceux d'un garçon, commença à s'appeler d'un nom de garçon et exprima le désir de changer de sexe. Durant l'évaluation, la mère fit ce commentaire : « Je me demande si je ne lui ai pas donné peur d'être une femme. Peut-être me regarde-t-elle en pensant "Je ne veux pas être comme elle" ». En dépit de cet *insight*, la mère de Heidi trouva excessivement difficile de cesser de parler de l'abus sexuel supposé, malgré le fait que les parents l'aient tenue à distance du grand-père depuis plusieurs années.

**3. Pour conclure**

Pour me résumer, comme d'autres [30], je conceptualise le GID comme multifactoriel dans son origine, ce qui nécessite qu'on aille au-delà de la biologie en identifiant des facteurs additionnels qui font partie de la trajectoire causale. Par conséquent, il est important de prendre en considération à la fois les facteurs prédisposants et les facteurs déclenchants qui pourraient permettre une formulation clinique et le développement d'un plan thérapeutique : le rôle du tempérament, le renforcement

### Vignette 4

Ben était un garçon de trois ans et demi avec un QI de 110. Il vivait avec ses parents de classe moyenne supérieure et une sœur plus jeune. Son père travaillait de longues heures et était peu impliqué dans sa vie. Il était empêtré dans sa relation avec sa mère, dont le style parental était de lui donner tout ce qu'il voulait. La mère de Ben était une femme extrêmement anxieuse, qui ne pouvait supporter aucune séparation d'avec lui. Elle ruminait souvent des événements catastrophiques, avec le commentaire que : « si quelque chose arrivait à Ben, elle se tuerait. Je ne pourrais pas vivre sans lui. Il est une partie de moi et je suis une partie de lui ». Quand la sœur de Ben naquit, il vécut sa naissance comme un déplacement majeur. La mère et la parentèle prodiguèrent une grande attention à sa sœur et il réagit par une extrême jalousie. Il devint préoccupé par la couleur rose, la couleur de nombre des vêtements de sa sœur. Dans les premiers mois de thérapie, tous les dessins de Ben étaient colorés uniquement en rose et en pourpre. Dans la thérapie, je commentais à Ben qu'il était très « jaloux » de sa sœur, qu'il voulait être comme elle parce qu'il voulait que sa mère lui revienne tout entière. Il le reconnut facilement. Un moment clé de la thérapie survint quand sa sœur se joignit à nous dans une séance, alors que Ben avait cinq ans et sa sœur deux ans. Elle jouait avec une poupée Barbie et Ben essaya de la lui prendre. Elle résista et Ben lui mordit le bras avec force. Cela fournit une autre occasion d'aider Ben à comprendre ses sentiments sous-jacents de jalousie à l'égard de sa sœur et sa rage à l'égard de sa mère qui l'avait « abandonné ».

du comportement de l'autre genre durant la période sensible de la formation de l'identité de genre, la dynamique familiale, la psychopathologie parentale, les relations avec les pairs et les multiples significations qui peuvent sous-tendre le fantasme de l'enfant de devenir un membre du sexe opposé. Tout cela requiert une appréciation du développement dans sa complexité.

### Références

- [1] Green R, Money J. Incongruous gender role: Nongenital manifestations in prepubertal boys. *J Nerv Ment Dis* 1960;131:160–8.
- [2] Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: making choices. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
- [3] Drummond KD, Bradley SJ, Badali-Peterson M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008;44:34–45.
- [4] Green R. The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press; 1987.
- [5] Zucker KJ. Gender identity disorder in children and adolescents. *Ann Rev Clin Psychol* 2005;1:467–92.
- [6] Zucker KJ, Bradley SJ. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press; 1995.
- [7] Marks I, Green R, Mataix-Cols D. Adult gender identity disorder can remit. *Compr Psychiatry* 2000;41:273–5.
- [8] Chiland C. The psychoanalyst and the transsexual patient. *Int J Psychoanal* 2000;81:21–35.
- [9] Zucker KJ. Gender identity disorder. In: Wolfe DA, Mash EJ, editors. Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment. New York: Guilford Press; 2006. p. 535–62.
- [10] Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM. Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:263–71.
- [11] Smith YLS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT. Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:472–81.
- [12] Smith YLS, van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 2005;35:89–99.
- [13] Zucker KJ. Gender identity disorder in children, adolescents, and adults. In: Gabbard GO, editor. Gabbard's treatments of psychiatric disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2007. p. 683–701.
- [14] Zucker KJ. Cross-gender-identified children. In: Steiner BW, editor. Gender dysphoria: Development, research, management. New York: Plenum Press; 1985. p. 75–174.
- [15] Zucker KJ. Treatment of gender identity disorders in children. In: Blanchard R, Steiner BW, editors. Clinical management of gender identity disorders in children and adults. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 25–47.
- [16] Zucker KJ. Gender identity disorder in children and adolescents. In: Gabbard GO, editor. Treatments of psychiatric disorders, 2, 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001. p. 2069–94.
- [17] Cloud J. His name is Aurora. *Time* 2000;90–1.
- [18] Adams C. Born in a bind: treating transgender children. *Gay Lesbian Times* 2007 (Issue #1035).
- [19] Brown PL. Supporting boys or girls when the line isn't clear. *New York Times* 2006:A1–11.
- [20] Ehrensaft D. Raising girlyboys: a parent's perspective. *Stud Gend Sex* 2007;8:269–302.
- [21] Menvielle EJ, Tuerk C, Perrin EC. To the beat of a different drummer: the gender-variant child. *Contemp Pediatr* 2005;22(2):38–9, 41, 43, 45–6.
- [22] Reischel, J. See Dick be Jane. *Broward-Palm Beach New Times* 2006. Retrieved from <http://www.newtimesbpb.com/2006-05-18/news/see-dick-be-jane/print> (Consulté le 24 mars 2007).
- [23] Saeger K. Finding our way: Guiding a young transgender child. *J GLBT Fam Stud* 2006;2(3/4):207–45.
- [24] Santiago R. 5-year-old “girl” starting school is really a boy. *The Miami Herald* 2006. Retrieved on July 11, 2006 at <http://www.miami.com/mld/miamiherald/living/education/15003026.htm>.
- [25] Smiley, L. Girl/boy interrupted 2007. *sfweekly.com*. Retrieved from <http://www.sfweekly.com/2007-07-11/news/girl-boy-interrupted/print>.
- [26] Pleak RR. Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In: Rottnek M, editor. Sissies & tomboys: Gender nonconformity & homosexual childhood. New York: New York University Press; 1999. p. 34–51.
- [27] Brody EB. Color and identity conflict in young boys: observations of Negro mothers and sons in urban Baltimore. *Psychiatry* 1963;26:188–201.
- [28] Coates S, Friedman RC, Wolfe S. The etiology of boyhood gender identity disorder: a model for integrating temperament, development, and psychodynamics. *Psychoanal Dialogues* 1991;1:481–523.
- [29] Coates S, Person ES. Extreme boyhood femininity: isolated behavior or pervasive disorder? *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:702–9.
- [30] Coates S, Wolfe S. Gender identity disorder in boys: the interface of constitution and early experience. *Psychoanal Inquiry* 1995;15:6–38.

- [31] Zucker KJ. Commentary on Langer and Martin's (2004) "How dresses can make you mentally ill: examining gender identity disorder in children". *Child Adolesc Social Work J* 2006;23:533–55.
- [32] Zucker KJ. Gender identity development and issues. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2004;13:551–68.
- [33] Zucker K.J, Lambert S, Bradley S.J, Owen-Anderson A. Risk factors for general behavior problems in boys with gender identity disorder. Paper presented at the XIX Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy, 2005.
- [34] Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2003;31:41–53.
- [35] Wallien M, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1307–14.
- [36] Birkenfeld-Adams AS. Quality of attachment in young boys with gender identity disorder: a comparison to clinic and nonreferred control boys. Downsview, Ontario: York University; 1999. Unpublished doctoral dissertation.
- [37] Green R. Sexual identity conflict in children and adults. New York: Penguin Books; 1974.
- [38] Mitchell JN. Maternal influences on gender identity disorder in boys: Searching for specificity. Downsview, Ontario: York University; 1991. Unpublished doctoral dissertation.
- [39] Meyer-Bahlburg HFL. Gender identity disorder in young boys: A parent- and peer-based treatment protocol. *Clin Child Psychol Psychiatr* 2002;7:360–77.
- [40] Zucker KJ, Bradley SJ, Kuksis M, Pecore K, Birkenfeld-Adams A, Doering RW, et al. Gender constancy judgments in children with gender identity disorder: Evidence for a developmental lag. *Arch Sex Behav* 1999;28:475–502.